

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 139

L'INCISION TARDIVE

DES

Abcès glandulaires post-puerpéraux du sein

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 Juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André DEYRIEUX

Né le 4 Avril 1885, à Saint-Etienne (Loire)



TRÉVOUX

IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1911

L'INCISION TARDIVE
DES ABCÈS GLANDULAIRES POST-PUERPÉRAUX
DU SEIN

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 139

L'INCISION TARDIVE

DES

Abcès glandulaires post-puerpéraux du sein

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 Juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André DEYRIEX

Né le 4 Avril 1885, à Saint-Etienne (Loire)



TRÉVOUX
IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENO. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

Professeurs honoraires

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER,
CAZENEUVE, LÉPINE.

Professeurs

Cliniques médicales.....	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique médicale.....		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et toxicologie.....		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENO.
Anatomie.....		MOREL.
Anatomie générale et histologie.....		BEAUVISAGE.
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie et thérapeutique générales.....		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....		COURMONT (P.).
Médecine légale.....		PAVIOT.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		X...
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

Professeurs adjoints

Physiologie, cours complémentaire.....	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

Chargés de cours complémentaires

Chimie minérale.....	BARRAL.	agréé
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.....	MOREAU,	—
Embryologie.....	REGAUD,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN.	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	LESIEUR.	LERICHE.
REGAUD.	EL. MARTIN.	THEVENOT.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	TAVERNIER.
GAYET.	VORON.	CADE.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	MOURQUAND.
PATEL.	LATARJET.	ARLOING (F.).
J. LÉPINE.	BRETIN.	GUILLEMARD.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

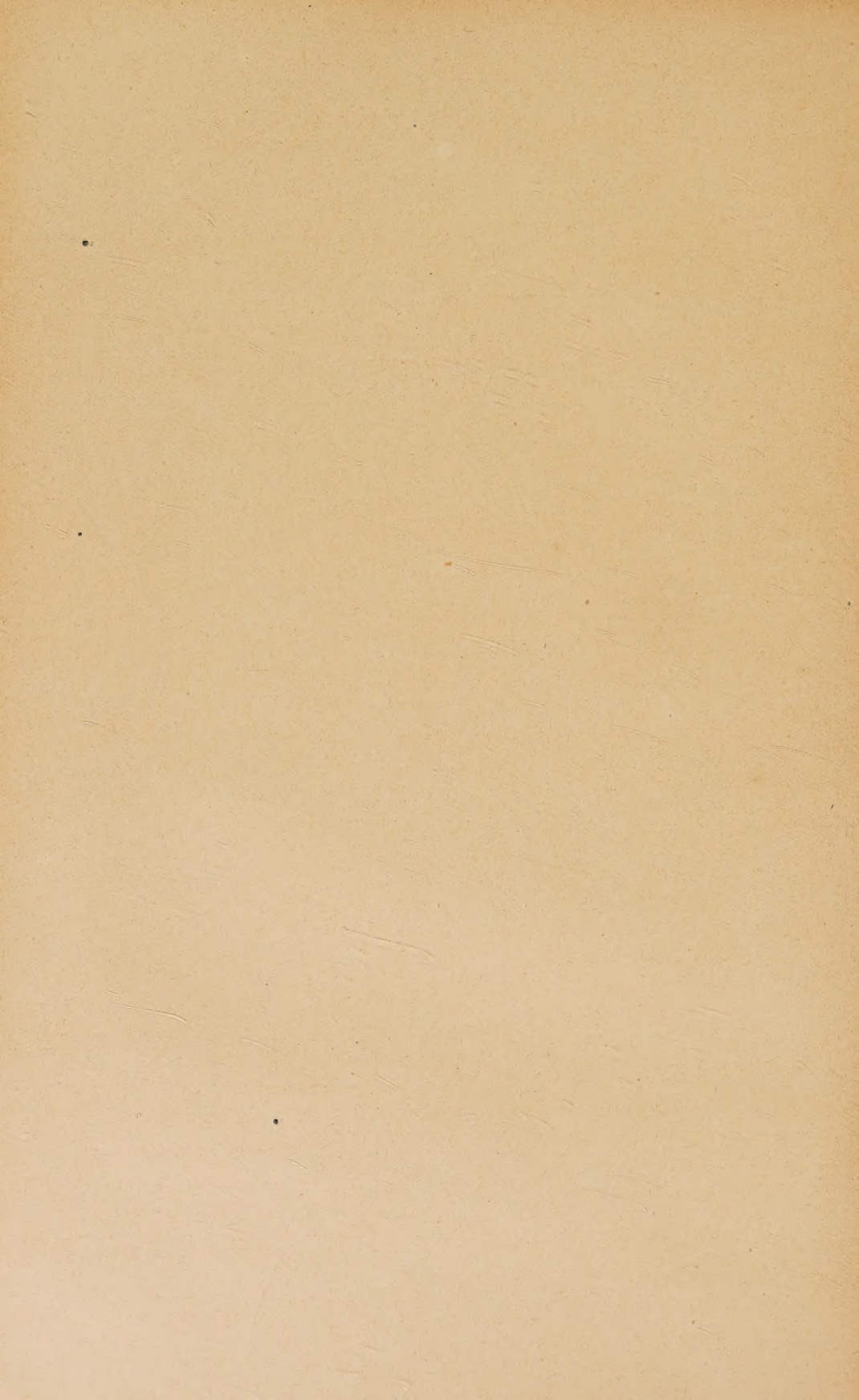
MM. VALLAS, *Président*; COMMANDEUR, *Assesseur*;
MM. VORON et LERICHE, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS



Avant-Propos

A Monsieur le Professeur VALLAS, qui a bien voulu accepter d'être notre président de thèse ;

A Monsieur le Professeur agrégé VORON qui, après s'être intéressé à nous dans le cours de nos études, nous a donné le sujet de ce travail et nous a aidé à le mener à bien ;

A MM. les Professeurs agrégés COMMANDEUR et LERICHE, qui nous font l'honneur de siéger dans notre Jury ;

A Monsieur le Professeur agrégé LAROYENNE, dont les conseils nous ont été d'une grande utilité pour la rédaction de cette thèse,

Nous adressons l'hommage de notre reconnaissance.

Nous remercions également nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, et particulièrement MM. les Docteurs MOUISSET et LYONNET, dont l'enseignement, clair et précis, a contribué pour une large part à notre éducation médicale.

Introduction

La question des Abscesses du Sein a été maintes fois traitée, et d'une façon très complète, par les différents auteurs. Il n'y a, semble-t-il, rien à ajouter aux remarquables études qu'ils en ont faites, au tableau magistral qu'en ont tracé *Velpeau, Nélaton, Chassaignac, Gosselin*, pour ne citer que quelques noms dans la pléiade de cliniciens éminents qui l'ont successivement entrepris.

Enfin, des notions récentes encore, quoiqu'entre-vues dès le milieu du siècle dernier, sont venues éclairer définitivement leur *pathogénie* et compléter les données cliniques antérieurement acquises.

Longtemps, en effet, on avait admis, après Hippocrate, Galien et Aristote, *l'antique théorie du poil avalé* qui, s'éliminant par la glande mammaire, produisait les abcès du sein.

Cette curieuse explication, est-il besoin de le dire, était par trop surannée. Velpeau y substitua celle de

l'engorgement laiteux. Nous ne la citons également que pour mémoire.

Mais deux théories méritent de retenir l'attention : celle de la *lymphangite*, d'après laquelle l'infection se ferait par les lymphatiques, et celle de la *galactophorite*. Cette dernière a prévalu, et l'on s'accorde à reconnaître avec Budin que, dans l'immense majorité des cas, c'est la voie canaliculaire que suit le processus infectieux.

Le même accord semble exister, si l'on s'en rapporte aux traités actuels de chirurgie, pour le traitement des abcès du sein. Il faut les ouvrir de bonne heure : c'est là un fait acquis, nous disent-ils.

Et cependant, dans leur pratique, un certain nombre de chirurgiens adoptent une conduite bien différente et *croient utile, au contraire, de ne point se presser*.

Cette manière d'agir nous a paru donner de meilleurs résultats, et nous avons l'intention, dans cette étude, d'en faire ressortir les avantages.

Peut-être nous reprochera-t-on de rouvrir la discussion sur une question déjà réglée. Mais l'est-elle vraiment ? nous venons de voir que c'est contestable. Et puis, n'est-il pas permis d'exposer une opinion, quand on la croit juste et qu'on l'appuie sur des arguments sérieux et sur des faits rigoureusement observés ?

C'est donc ce point un peu spécial de thérapeutique chirurgicale qui fera l'objet de ce travail. Pour

le traiter, nous nous placerons, comme il convient, sur un terrain essentiellement pratique.

Velpeau, dans sa *classification* généralement admise des abcès du sein, les divise en trois variétés : 1° superficielle ou sous-cutanée ; 2° profonde ou sous-mammaire ; 3° parenchymateuse ou glandulaire. Ailleurs il ajoute : « Les abcès *parenchymateux* sont les « plus fréquents de tous. On peut même dire que « c'est par eux que débudent presque tous les abcès « que l'on observe chez les femmes enceintes, les « nourrices et les nouvelles accouchées, et qui ne « reconnaissent point pour cause une violence exté-
« rieure. »

Aussi est-ce uniquement cette *forme glandulaire* que nous aurons en vue ici. Elle *survient en général pendant la lactation* et succède à la galactophorite.

Nous laisserons de côté les cas, heureusement rares, qui constituent de véritables phlegmons diffus et où la gravité des phénomènes généraux impose une conduite sévère : à Lyon notamment, l'on a été jusqu'à pratiquer, dans ces circonstances, l'amputation du sein.

Ces données étant posées, la question à laquelle nous nous proposons de répondre est la suivante :

Doit-on inciser les abcès glandulaires circonscrits du sein ?

A quelle période de leur évolution et comment est-il préférable de le faire ?

Ce problème, il nous a paru intéressant de voir comment les différents auteurs l'avaient compris et

résolu, et de suivre la marche des idées à ce sujet. Nous donnerons d'abord le résultat de ces recherches, qui nous ont été d'un certain fruit et ont contribué à éclairer notre opinion.

Nous dirons ensuite sur quels points, selon nous, doit porter plus spécialement l'attention, et exposerons nos arguments en faveur de la méthode qui nous paraît préférable.

Enfin, nous apporterons, à l'appui de ces données théoriques, quelques faits cliniques qui seront la démonstration pratique des avantages de la méthode.

CHAPITRE PREMIER

Le traitement des Abscesses du Sein au point de vue historique

C'est vers le milieu du xviii^e siècle que nous voyons la question du traitement des abcès du sein se poser nettement.

A cette époque, les auteurs, peu nombreux d'ailleurs, qui l'ont envisagée, ne semblent nullement se préoccuper de leurs différentes formes anatomiques. Nous verrons qu'il en sera à peu près de même jusqu'à Nélaton et Velpeau, pendant presque toute la première moitié du xix^e siècle.

Mais ce qui surtout, pour nous, caractérise cette période de début, c'est la simplicité avec laquelle le problème est résolu. Deux opinions seulement sont en présence : l'une recommande exclusivement l'in-

cision des collections purulentes, l'autre les laisse s'ouvrir spontanément.

Vers 1740, *Mauriceau* se fait le promoteur de l'intervention sanglante. « Il ne faut pas, dit-il, laisser
« trop séjourner la matière des aposthèmes des mamelles, après sa parfaite maturité, de crainte que
« cette matière ne corrode la propre substance des glandes et des réservoirs du lait. »

Levret nous expose l'opinion contraire. Voici les arguments qu'il invoque : « J'ai pour méthode, dans
« tous ces dépôts, d'attendre que la matière se fasse
« jour d'elle-même, tant pour éviter que l'air extérieur pénètre dans l'intérieur du sein, que parce
« que le plus long séjour du pus accélère la destruction des cloisons qui partagent les différents foyers
« voisins : d'où il résulte qu'il se fait une moindre
« ouverture au tégument.

« D'ailleurs, l'instrument laisse toujours des cicatrices plus ou moins grandes et plus ou moins difformes, au lieu que, si la peau s'ouvre spontanément, à peine aperçoit-on des vestiges de l'ouverture après la guérison. »

Les motifs invoqués par *Levret* furent repris, après lui, par les partisans de l'expectation.

Ainsi *Hévin*, en 1785, les reproduit à peu près textuellement. Et nous nous dispenserions de le citer, s'il n'apportait un nouvel argument en faveur de la non-intervention : celui des fistules interminables qui succèdent à l'incision. Il dit de plus avoir remarqué une différence dans l'évolution des abcès du sein suivant leur siège, et cette remarque mérite d'être

signalée comme une ébauche de classification. Il s'exprime ainsi : « Si le dépôt n'occupe que le tissu « graisseux, la suppuration est prompte et abondante, « et l'abcès guérit facilement, surtout si la peau « s'est ouverte spontanément. Lorsque le dépôt « est dans les glandes, la suppuration est plus lente « et ne devient sensible que quand toutes les parties « sont bien dégorgées, et tout le pus rassemblé. On « doit, tant qu'il est possible, se dispenser d'ouvrir « ces sortes d'abcès : 1° Pour empêcher l'air de frap- « per le corps des glandes ; 2° parce que le séjour « du pus détruit les cloisons qui séparent le foyer de « chaque dépôt ; 3° parce que les petits foyers d'ab- « cès distincts viennent se rendre dans celui qu'on a « ouvert et produisent différents sinus de difficile « guérison ; 4° parce que les ouvertures qui se font « spontanément aux téguments ne laissent que très « peu de difformités. »

Signalons enfin, pour en finir avec cette période initiale de notre historique, le silence des autres auteurs. Le célèbre *J.-L. Petit*, par exemple, n'en parle pas.

En résumé, à la fin du *xviii^e* siècle, le traitement des abcès du sein donne lieu à deux opinions bien tranchées :

Les uns, avec Mauriceau, partisans de l'incision, craignent, en attendant trop, de voir se produire des lésions destructives étendues ;

Les autres, comme Levret, avec la méthode de l'expectation et de l'ouverture spontanée, prétendent éviter l'infection par l'air, obtenir la formation d'un seul

foyer purulent et d'une cicatrice moins difforme. Enfin, d'après eux, elle n'expose pas, comme la précédente, aux fistules, de guérison difficile et lente.

Nous allons maintenant assister à l'évolution de ces deux courants d'idées si nettement tranchés jusqu'ici.

.

Avec le xix^e siècle, la question entre dans une phase nouvelle. Nous retrouvons bien, il est vrai, les deux opinions précédemment émises. Mais leurs partisans sont moins exclusifs; leur langage devient moins catégorique et abonde en restrictions. Du fait de leurs concessions réciproques s'esquisse une autre méthode, celle de l'incision tardive. Nous ne la verrons s'ériger véritablement en système thérapeutique indépendant que vers 1840.

A cette époque, *Nélaton* et *Velpeau*, avec leur classification, apporteront un élément important de précision scientifique à la solution du problème, marquant ainsi le début d'une période nouvelle dans son évolution.

Déjà en 1806, *A. Petit* établit une première et judicieuse distinction entre les abcès sous-cutanés et ceux de la glande mammaire. Mais ce fait semble peu influencer sur les idées et la conduite des auteurs qui ne se préoccupent pas encore systématiquement, comme on le fera plus tard, d'appliquer à chacune de ces formes distinctes un traitement spécialement approprié.

Sabatier, par exemple, en 1810, se base unique-

ment sur le volume et l'importance de la collection purulente. Partisan de l'ouverture spontanée pour les petits abcès qui s'élèvent en diverses parties du sein, il se contente de favoriser leur maturité par l'application de cataplasmes émollients. Mais, ajoute-t-il, « ces grands abcès qui occupent une
« partie plus ou moins étendue des mamelles doi-
« vent être ouverts comme les abcès de la même
« espèce qui arrivent ailleurs ».

Capuron préconise, lui aussi, la temporisation comme règle de conduite générale. Son opinion est partagée par *Gardien*, qui la reproduit presque textuellement, se basant sur des arguments identiques, énonçant les mêmes restrictions. Aussi nous suffira-t-il de citer l'un de ces auteurs pour faire connaître exactement la pensée de l'un et de l'autre. Nous éviterons en même temps les répétitions inutiles. *Gardien*, par exemple, s'exprime ainsi : « L'ou-
« verture de ces dépôts doit être abandonnée à la
« nature ; si l'on attend que l'abcès s'ouvre de
« lui-même, la cicatrice est moins difforme, moins
« grande, la maladie moins longue ; toutes les dure-
« tés se fondent ; le pus par son séjour détruit les
« brides et les cloisons qui partagent l'abcès en
« différents foyers purulents. Il ne peut être utile
« de donner issue au pus avec l'instrument tran-
« chant, que dans le cas où la glande mammaire est
« saine, et que tout le tissu cellulaire est infiltré de
« pus, qui est situé profondément et qui, par son
« séjour, si on néglige de faire une petite incision,
« détruit les graisses et les tissus de la mamelle ».

Pour Gardien donc, comme d'ailleurs pour Capuron, la méthode de choix, quant aux abcès intéressant la partie glandulaire de l'organe, est la temporisation, aboutissant à leur ouverture spontanée.

C'est aussi l'opinion de *Boyer* : « Lorsque la fluctuation se manifeste, nous dit-il, on doit, si l'abcès est petit ou médiocre, laisser à la nature le soin de l'ouvrir. La cicatrice qui succède à la rupture spontanée de ces abcès est moins apparente que celle qui résulte de l'incision, et cet avantage n'est point à dédaigner. Mais lorsque l'abcès est vaste, il vaut mieux l'ouvrir, parce que l'ouverture spontanée serait insuffisante ou défavorablement placée pour l'évacuation du pus. En conséquence, on fera, dans le point le plus déclive, une petite incision avec la lancette ou le bistouri, et après avoir fait sortir le pus, on continuera l'application de cataplasmes émollients et résolutifs, jusqu'à ce que toute douleur ait cessé et qu'il ne reste plus aucune dureté dans la mamelle. Lorsque l'inflammation occupe la totalité de la mamelle et qu'elle est plus intense dans certains points que dans d'autres, les abcès se multiplient, et alors tantôt ils communiquent ensemble, tantôt ils n'ont aucune communication. Dans ce dernier cas, on doit ouvrir chaque abcès en particulier ou les laisser s'ouvrir d'eux-mêmes ».

Boyer, on le voit, reprend les idées de Sabatier. Il laisse comme lui s'ouvrir spontanément les petites collections. Lorsqu'elles sont vastes, il les incise,

mais seulement afin d'avoir une ouverture suffisante et mieux placée pour l'évacuation du pus.

Samuel Cooper se fait, lui aussi, le défenseur de la temporisation. Il est facile d'en juger par les lignes suivantes : « Lorsqu'on ne peut empêcher le pus de
« se former, le cataplasme émollient est la meilleure
« application, et l'on devrait, en général, laisser
« l'abcès s'ouvrir spontanément, à moins qu'il soit
« de nature chronique, cas dans lequel on l'ouvri-
« rait dans une partie déclive avec la lancette. Il se
« forme quelquefois des foyers à la suite des abcès
« de la mamelle, qui ne guérissent pas avant qu'ils
« aient été largement ouverts par le bistouri con-
« vexe, guidé par une sonde cannelée. Lorsque la
« cavité de l'abcès commence à se remplir de bour-
« geons charnus, on peut abandonner le cataplasme
« et ne plus faire qu'un léger pansement ».

On le voit, si, pour cet auteur, l'ouverture spontanée paraît être la méthode de choix, il faut reconnaître qu'il la préconise mollement et que son langage est teinté d'imprécision et abonde en restrictions.

L'opinion d'*Astley Cooper*, favorable à la temporisation, nous semble plus nette, basée d'ailleurs sur une observation exacte et attentive des phénomènes cliniques. La voici : « Si l'abcès marche avec
« rapidité, s'il est placé à la superficie du sein et si
« les douleurs ne sont pas très vives, il est préférable d'abandonner les choses à leur cours naturel.
« Si, au contraire, l'abcès à son début est profondé-
« ment situé, si sa marche est lente, si la douleur

« locale est très vive, si la fièvre d'irritation est très
« intense; et si la malade est, par l'effet d'une trans-
« piration abondante, fatiguée et complètement
« privée de sommeil, on gagne beaucoup de temps
« et on amène un soulagement marqué dans les
« souffrances par l'évacuation du pus au moyen de
« la lancette. Mais il faut attendre, pour faire l'ou-
« verture de l'abcès, que le pus se rapproche de la
« surface, sans quoi l'incision ne sert à rien, elle se
« referme, et l'accumulation purulente continue ».

En somme, l'ouverture spontanée ou, dans certains cas, l'incision tardive : telle est la méthode qui semble préférable à Astley Cooper.

Avec *Patissier* et *Mérat*, nous retrouvons des partisans plus absolus de la temporisation comme conduite thérapeutique exclusive. « La collection puru-
« lente une fois établie, nous dit celui-ci, et la fluc-
« tuation bien sensible, faut-il se hâter de donner
« issue au liquide, ou doit-on abandonner l'ouverture
« de l'abcès à la nature ? La plupart des praticiens
« se sont prononcés en faveur de ce dernier parti.
« En effet, si l'on a la patience d'attendre que l'abcès
« s'ouvre de lui-même, la maladie sera moins lon-
« gue ; toutes les duretés se fondront ; le pus, par son
« séjour, détruira les brides et les cloisons qui par-
« tagent les différents foyers purulents ; l'ouverture
« spontanée est toujours moins large que celle qui
« est provoquée par l'instrument tranchant ; la cic-
« trice est aussi moins grande et moins difforme. Il
« n'en est pas de même lorsqu'on ouvre ces dépôts
« prématurément. » Ces arguments, nous les avons

déjà entendu exposer par Gardien et Capuron, et le fait mérite d'être signalé.

Nous ne saurions enfin passer sous silence, dans cette énumération des auteurs favorables à l'expectation, le nom de *Hildebrandt*, le célèbre professeur de médecine d'Erlingen. Dans un mémoire paru dans le journal de Loder, et cité par les auteurs du Compendium (1845), il s'efforce de démontrer que les abcès doivent être abandonnés à eux-mêmes. « Il raconte qu'autrefois il les ouvrait tous et qu'il agrandissait même l'ouverture de ceux qui s'étaient vidés spontanément. Une femme atteinte d'abcès du sein, s'étant refusée à l'opération, guérit plus vite que les autres. Ce fait l'engagea à modifier sa pratique. Depuis lors, il se dispensa toujours d'ouvrir les abcès et n'eut qu'à se louer de cette nouvelle méthode thérapeutique. Quoique Hildebrandt ait fait ces observations surtout pour les abcès du sein, cependant il étend le même précepte à tous les abcès du corps, sauf quelques rares exceptions. » C'est là une opinion originale, nettement en faveur de l'ouverture spontanée.

Nombreux sont donc les auteurs qui, jusque vers 1840, ont adopté la temporisation comme règle de conduite, soit dans tous les cas, soit dans la plupart. L'opinion contraire trouve moins de défenseurs.

Hey, chirurgien anglais de 1814, conseille simplement, quand l'abcès est profond et étendu, de fendre la glande en quatre avec le bistouri.

Maurice propose de les ouvrir « dès qu'il y a de la fluctuation. »

Pour *Dupuytren*, la question de la plus ou moins facile cicatrisation est la seule à considérer. « Il est à « remarquer, dit-il, que les ouvertures spontanées « ont moins de tendance à se réunir que les incisions « faites avec l'instrument tranchant, ne réclamant « presque jamais que des pansements à plat. » Ce sont les motifs qui lui font préférer la méthode de l'incision.

Citons encore, pour être complet, le nom de *Blandin* qui ouvrait également les abcès du sein.

On le voit, pendant cette première partie du xix^e siècle, *c'est la temporisation qui réunit le plus grand nombre de partisans. Les uns, fidèles à la pure doctrine de Levret, laissent toujours les collections s'ouvrir spontanément. Les autres, tout en adoptant en principe cette conduite, l'abandonnent dans certains cas pour l'incision, faite tardivement de préférence.*

L'opinion contraire, qui préconise l'incision dans tous les cas, compte un petit nombre de représentants.

Mais il est un fait qui mérite d'être remarqué. *Aucun des auteurs cités jusqu'ici ne signale de complications infectieuses ayant succédé à l'intervention sanglante.* On en est encore à la période heureuse de la chirurgie où les accidents de cet ordre étaient inconnus, et où le succès répondait aux entreprises opératoires les plus audacieuses. Il n'en sera bientôt plus de même. Les infections, souvent mortelles, consécutives à l'emploi du bistouri vont survenir et causer de véritables catastrophes, inspirant aux chi-

rurgiens des craintes malheureusement trop justifiées. De là, dans leur conduite, ces hésitations aboutissant parfois à l'abstention absolue : fait général qui trouvera son application à propos des abcès du sein.

.

De l'étude des diverses opinions citées jusqu'ici, une constatation se dégage.

A quelque méthode thérapeutique qu'ils se rallient en principe, la plupart des chirurgiens hésitent à s'y conformer rigoureusement dans tous les cas. Mais, s'ils sont d'accord pour admettre la nécessité de modifications à apporter dans telle ou telle occasion à leur règle de conduite générale, ils divergent sensiblement quand il s'agit de préciser ces circonstances particulières. Les uns envisagent le volume et l'étendue des abcès, les autres leur rapidité d'évolution et leur nature aiguë ou chronique ; celui-ci se base sur leur situation plus ou moins profonde, celui-là sur la douleur et la réaction fébrile. En somme, autant d'auteurs, autant de points de vue différents pour apprécier les cas, nombreux dans l'ensemble, qui relèvent à leurs yeux d'un traitement d'exception.

Ce qui manque en général pour la clarté de la question, c'est une division nette et rationnelle des abcès du sein, aussi nécessaire à leur étude clinique qu'à la solution du problème thérapeutique.

Ce besoin, *Nélaton* l'avait constaté ; à lui revient aussi le mérite d'avoir indiqué le terrain sur lequel

devait se faire une pareille *classification*. « L'anatomie chirurgicale, nous dit-il, en nous montrant les divers éléments et la disposition des couches cellulaires qui entrent dans la composition de la région mammaire, nous donne l'explication de certaines différences qui avaient été notées dans les inflammations de cette région et ne permet plus de fondre ces différentes inflammations dans une explication générale. »

Et cette *division anatomique*, qui sera ensuite adoptée par les auteurs, c'est à Velpeau que nous la devons. Il distingue les abcès du sein en :

1° *Superficiels ou sous-cutanés* ; 2° *profonds ou sous-mammaires* ; 3° *parenchymateux ou glandulaires* : ces derniers étant à son avis, de beaucoup les plus nombreux.

Abordant ensuite le traitement de ces différentes formes, il s'exprimait ainsi en 1841 : « S'il est vrai de dire que les abcès superficiels et profonds doivent être ouverts largement et le plus tôt possible, on comprend qu'une pareille pratique ne peut point être généralisée ici. Ce n'est que lorsque la fluctuation est bien évidente que les abcès glandulaires réclament l'emploi du bistouri. L'incision doit être en général peu étendue ; une simple ponction suffit lorsque le foyer est très circonscrit. Si ces abcès sont multiples, il faut pratiquer autant de ponctions qu'il y a de bosselures. Je dois ajouter toutefois que, lorsque la collection purulente est volumineuse, il convient d'avoir recours aux larges incisions. »

Son langage était encore plus net en 1858. « L'ouverture prématurée, ajoutait-il, utile dans les abcès sous-cutanés et, ainsi que je l'ai déjà dit, dans les abcès profonds, est évidemment moins avantageuse, si ce n'est même nuisible, quand il s'agit d'abcès parenchymateux. Tout ce qu'on a dit de l'incision tardive, de l'ouverture spontanée, des incisions étroites, ne s'applique réellement, avec une apparence de justesse, qu'aux dépôts dont je parle en ce moment ; car se sont les seuls où il semble y avoir avantage à ne point se presser, à donner au foyer le temps de s'ouvrir de lui-même, ou bien à ne l'inciser quelquefois que par une sorte de ponction. La temporisation pratique qui, peut-être, serait la meilleure si l'abcès parenchymateux ne tendait jamais à devenir ni profond, ni sous-cutané, expose trop néanmoins aux inconvénients de ces derniers pour qu'il soit permis de l'adopter exclusivement. Au demeurant, il convient de n'ouvrir les abcès glandulaires qu'à partir du moment où la fluctuation y est évidente. L'incision peut alors se réduire à une sorte de ponction sur chaque bosse lure purulente, s'il ne s'agit que de dépôts peu volumineux.

« Quand l'abcès paraît considérable ou profond, il est utile, au contraire, de l'inciser largement, puis de tenir les lèvres écartées à l'aide d'une mèche, d'une tente de charpie ou d'un bout de sonde. Inciser plus tôt ne remédierait à rien ; la suppuration occupe un tissu trop dense, trop peu vasculaire pour que l'ouverture prématurée du foyer hâte le

« dégorge ment de la partie malade ; d'ailleurs atten-
« dre n'expose pas, comme dans les autres abcès, à
« une extension rapide, à de larges fusées purulen-
« tes. Avant la maturité complète, l'incision ne sou-
« lagerait que médiocrement ; la temporisation n'en-
« traînant pas de dangers notables, si la malade re-
« doute le bistouri, on a la chance de voir la nature
« donner elle-même issue au pus.

« Avec l'incision, on doit, de plus, ne point perdre
« de vue la nécessité d'ouvrir ainsi successivement et
« à quelques jours ou à une semaine de distance un
« certain nombre d'abcès du même genre. »

D'une façon générale, et si l'on excepte les circons-
tances où il attend l'ouverture spontanée, *Velpeau*
semble donc nettement favorable, pour les formes
parenchymateuses, à l'incision tardive, qui devient
avec lui un véritable système thérapeutique. C'est
là un fait nouveau, car nous ne l'avions vu appliquer
jusqu'ici qu'à des cas restreints, échappant à la loi
commune.

Avec *Nélaton*, nous retrouvons la même opinion,
mais plus absolue encore et exprimée en termes plus
précis. « Faut-il ouvrir les abcès glandulaires, nous
« dit-il, et à quelle époque convient-il de les ouvrir ?
« L'incision prématurée des abcès parenchymateux
« est loin d'être aussi avantageuse que dans les ab-
« cès sous-cutanés. L'inflammation occupe un tissu
« trop dense, trop peu vasculaire pour qu'une ou-
« verture prématurée hâte le dégorge ment de la par-
« tie malade. Cependant, ces abcès peuvent devenir
« plus profonds, envahir la région sous-mammaire ;

« ils peuvent s'étendre dans les couches sous-cutanées ; aussi ne serait-il pas prudent d'en abandonner l'ouverture aux seuls efforts de la nature. Les abcès glanduleux du sein seront ouverts *au moment où la fluctuation y devient évidente et lorsque le pus est réuni en foyer ; alors une simple ponction, pratiquée là où la peau est amincie, suffit dans presque tous les cas pour évacuer le foyer. »*

Trousseau, au début de sa pratique, incisait dès qu'il y avait de la fluctuation. Il abandonna dans la suite cette manière de voir, ayant constaté qu'il obtenait des guérisons plus rapides en laissant le pus se collecter bien complètement avant l'ouverture de l'abcès. Aussi se prononce-t-il nettement en 1841 en faveur de l'incision tardive : « Pour nous, dit-il, nous inclinons vers l'opinion de ceux qui veulent confier à la nature l'ouverture des abcès ; mais au mot “ ouverture spontanée ” nous n'attachons pas le même sens que beaucoup d'auteurs. Nous estimons que nous avons assez attendu l'ouverture d'un abcès profond, lorsque, le travail général de la suppuration étant entièrement terminé, la collection purulente tend à se faire jour au dehors et soulève la peau dans quelque point. Très évidemment alors la peau s'enflammerait, s'amincirait, et même serait frappée de mortification. L'ouverture spontanée, dans le sens rigoureux du mot, se ferait au bout de 36, 48, 72 heures au plus. En ouvrant alors la collection, nous ne faisons que prévenir les désordres, et nous ne changeons pas la voie que le pus aurait suivie. C'est dans ce sens que nous entendons l'ou-

« verture spontanée ; et l'on comprend qu'il en est
« tout autrement lorsque, la suppuration une fois
« constatée, on va plonger le bistouri dans le but de
« calmer les douleurs et d'empêcher le décollement
« des tissus. Qand nous avons affaire à un abcès de
« l'aréole, invariablement nous l'ouvrons dès que la
« suppuration est manifeste. Nous agissons de même
« quand le phlegmon n'occupe que la couche cellulo-
« graisseuse sous-cutanée. Mais quand l'abcès est
« intra-mammaire, nous attendons toujours que la
« collection purulente soit complète, et que la peau
« soit soulevée dans quelques points. »

L'incision tardive, à la manière de Trousseau, ne doit pas être confondue cependant avec la méthode préconisée par les deux auteurs précédents. Il faut la considérer plutôt comme une modalité de l'ouverture spontanée. Cela, il le dit lui-même, et on ne saurait trop le remarquer.

Plus conforme aux idées de Velpeau et Nélaton, l'opinion exprimée plus tard par un maître lyonnais, *Laroyenne*, nous paraît absolument typique et mérite d'être mentionnée : « Les abcès superficiels de la
« peau, dit-il, ainsi que les profonds rétro-mam-
« maires, presque constamment consécutifs à une
« pleurite ou à une lésion osseuse, doivent être
« ouverts de bonne heure. Mais les moyens, *ceux de*
« *la glande mammaire proprement dite, qui accom-*
« *pagnent l'accouchement ou l'allaitement, ne*
« *réclament ni une ouverture prématurée, ni de larges*
« *incisions. L'expérience démontre que la tempori-*
« *sation suivie d'incisions très peu étendues, de sim-*

« *ples ponctions, aidées de pressions fréquentes dans*
« *la journée, pour vider les foyers, donne les meil-*
« *leurs résultats* ». Nous verrons plus loin que cette
opinion, malgré la découverte de l'antisepsie, n'a
pas vieilli et que les défenseurs actuels de l'inter-
vention tardive l'ont reprise, sans y rien changer.

D'accord avec ces auteurs sur la nécessité qu'il y
a d'intervenir, *Chassaignac* ne partage pas leurs
préférences pour l'incision tardive. Bien au contraire,
c'est l'ouverture précoce qui, pour lui, constitue la
méthode de choix. « Mes principes, nous dit-il, à
« l'égard du traitement des abcès du sein sont très
« simples. Ils peuvent se formuler en une série de
« propositions que voici :

« 1° *Ouvrir d'emblée tous les abcès du sein ;*

« 2° Purger ces abcès de la matière purulente,
« aussi complètement que possible et par des moyens
« variés : ventouses, lavages, pressions expul-
« sives ;

« 3° Les réunir par première intention toutes les
« fois que cela est possible ;

« 4° Quand la réunion primitive n'est pas obtenue,
« établir dans l'orifice de l'abcès une canule en Y et
« laver tous les jours le foyer en pansant avec des
« cataplasmes ;

« 5° Arriver graduellement à la suppression des
« canules, par leur raccourcissement progressif et
« par des intermittences graduelles dans leur em-
« ploi ».

Plus loin encore, il insiste et recommande « l'ou-
« verture de l'abcès aussitôt qu'il y a fluctuation ».

Il est à remarquer toutefois qu'à cette époque, l'incision d'emblée, chère à Chassaignac, ne rencontre que fort peu de partisans.

L'ouverture spontanée paraît être plus en faveur. C'est ainsi que Moreau la préconise dans le traitement des abcès parenchymateux. D'après lui, lorsqu'on les incise, leur durée est interminable ; si on les laisse au contraire s'ouvrir d'eux-mêmes, ils se vident et guérissent plus rapidement.

Philippe Boyer se prononce également, en 1844, pour la temporisation : « Le traitement des abcès glandulaires, observe-t-il, diffère essentiellement de celui des abcès sous-cutanés de la glande. Si la saine chirurgie veut qu'on ouvre ceux-ci avec un instrument tranchant, elle ne veut pas qu'on ouvre ceux de la mamelle. Il faut les abandonner à mêmes. Le seul cas où la conduite à suivre doit être différente est celui où l'abcès est situé dans un lobule profond et est accompagné de douleurs très vives ; alors il faut ouvrir par une ponction avec une lancette, dès qu'il paraît sous la peau. Dans les premières années de ma pratique, je suivais le précepte donné par Boyer et j'incisais largement la glande pour prévenir la formation des fistules ; mais l'expérience m'a appris que ces manœuvres avaient le double inconvénient de l'inutilité et du tatouage de la peau de la mamelle par d'énormes cicatrices. Aussi maintenant, j'abandonne constamment ces abcès à la nature, et, comme je viens de le dire, je me contente de les ouvrir par une ponction dans les cas où ils occasionnent de très vives douleurs ».

De même, si l'on en croit les affirmations de Gille dans sa thèse, la temporisation à outrance aurait été adoptée en 1873, par *Panas* et *Tillaux*. Nous verrons d'ailleurs, que ce dernier modifiera dans la suite son opinion première.

Mais c'est sans contredit à *Gosselin* et à son école que l'on doit les travaux les plus nombreux et les plus importants en faveur de cette méthode thérapeutique. C'est l'époque où les infections graves succèdent si fréquemment aux interventions sanglantes, que les chirurgiens en arrivent à redouter l'emploi du bistouri. En vain, essaient-ils de remplacer l'instrument par les applications caustiques : pâte de Canquoin et autres. En présence des abcès du sein, Gosselin en arrive à pratiquer *l'abstention opératoire* : « Je laisserai, dit-il, les abcès s'ouvrir
« spontanément, et, quand ils seront ouverts, j'en-
« gagerai la malade à faire les pressions expultrices
« dont je parlais tout à l'heure...

« ... Pourquoi ce traitement simple par les émol-
« lients et la temporisation ? Quels sont donc ses
« avantages ? N'a-t-il pas aussi des inconvénients ?

« Voici mes réponses à ces questions : J'agis ainsi
« dans l'espoir d'éviter l'érysipèle, qui arrive quel-
« quefois après les ouvertures faites avec le bistouri
« et même avec les caustiques.

« ... Jusqu'en 1865, je les ouvrais comme le font
« et le conseillent tous les chirurgiens ; or j'ai eu
« l'occasion d'observer quatre cas d'érysipèles am-
« bulants graves partis de l'incision et dont deux se
« sont terminés par la mort ».

Mais il n'est point absolument intransigeant et il se laisse aller, plus loin, à quelques concessions :
« Si je voyais, ajoute-t-il, une femme souffrir cruel-
« lement, si nous étions à une époque où mes statis-
« tiques m'ont appris que l'érysipèle est le plus
« rare, septembre, par exemple, si aucun cas d'éry-
« sipèle ne s'était présenté depuis quelque temps
« dans mes salles, je ne refuserais pas de me servir
« du bistouri ». Il était, paraît-il, encore moins
sévère dans sa pratique civile.

Un de ses élèves, *Bailleul*, nous donne dans sa thèse les autres raisons pour lesquelles Gosselin adopte l'abstention comme règle de conduite : « Sur
« quels autres motifs se fondent les chirurgiens qui
« se prononcent en faveur de l'ouverture spontanée ?
« Les voici :

« 1° La cicatrice qui succède à l'ouverture spon-
« tanée est moins apparente que celle qui résulte
« de l'incision... Aussi, quand nous voyons pré-
« tendre que la cicatrice due à l'incision sera plus
« régulière, moins visible, nous regrettons de nous
« trouver en désaccord avec les partisans de cette
« méthode de traitement. C'est un fait, d'ailleurs,
« dont on peut s'assurer dans les hôpitaux...

« 2° On épargne à la malade la douleur de l'incision
« et l'inquiétude qui préoccupe tout malade à qui on
« doit inciser un abcès...

« 3° On n'expose pas les malades à l'érysipèle...

« 4° On évite de léser quelque artère qui donnerait
« lieu à une hémorragie, peu dangereuse, il est
« vrai, mais pouvant rendre nécessaire la pose d'une
« ligature...

« 5° On évite encore à la malade les récides qui
« ont lieu bien plus souvent pour les abcès incisés
« que pour ceux qui s'ouvrent spontanément. Quand
« on a ouvert une collection purulente, on peut
« s'attendre presque toujours à être obligé d'en
« faire une deuxième, puis une troisième ; de nou-
« veaux abcès se forment à côté et cela pendant
« des mois entiers.

« Mais ce mode de traitement par la temporisa-
« tion n'a-t-il pas des inconvénients ? « Je ne lui en
« connais qu'un, dit M. Gosselin, et je ne le dissi-
« mule point, il condamne les malades à souffrir un
« peu plus longtemps ». N'avons-nous pas, si notre
« malade est craintive, les moyens de calmer la
« douleur ? Nous pouvons prescrire une potion au
« chloral, faire une injection hypodermique de
« chlorhydrate de morphine ou même appliquer un
« large vésicatoire, comme le faisait Velpeau, lors-
« qu'il se trouvait en présence de malades pusilla-
« nimes ».

D'ailleurs, comme le fait remarquer *Gille*, un
autre élève de Gosselin, « il reste toujours comme
« ressource, en dernier lieu, lorsque la maladie
« s'aggrave ou que l'ouverture se fait attendre,
« d'avoir recours à l'instrument tranchant ».

D'après celui-ci encore, l'incision s'impose « lors-
« que l'inflammation siège dans les profondeurs de
« la glande et tend à former ce que l'on appelle les
« abcès en bouton de chemise... Il convient alors
« de faire des contre-ouvertures, de débrider large-
« ment les cloisons qui s'opposent à la libre commu-

« nication des foyers purulents. Ce qu'il faut, c'est
« une large incision, faite, comme on dit, *largo*
« *vulnere*, afin d'empêcher l'élasticité de la glande
« de refermer presque aussitôt la plaie et de mettre
« obstacle à toute issue consécutive du pus ».

Les idées de Gosselin en faveur de l'abstention se retrouvent aussi dans la thèse de *Briot* : « L'abcès
« ne doit être ouvert, nous dit celui-ci, que lors-
« qu'on a acquis la conviction qu'il commence à
« décoller les téguments de la région et qu'il enverra
« des prolongements dans diverses directions,
« notamment vers l'aisselle, vers l'épigastre ou les
« hypochondres, si on n'intervient pas. Alors il n'est
« plus permis d'hésiter un seul instant : il faut agir
« et au plus vite, débrider sans crainte à la péri-
« phérie de la glande, et on aura ainsi évité à la
« malade des cicatrices difformes qu'aurait amenées
« l'évacuation spontanée la plus heureuse ; les obser-
« vations publiées par ceux qui s'abstiennent de
« ponctionner les abcès prouvent hautement que ce
« sont là des faits rares ».

Vers 1875, cependant, Gosselin, croyant échapper aux menaces d'érysipèle, jugea bon de modifier sa méthode. « Dans le milieu de l'année dernière, nous
« dit Herpin dans sa thèse, M. Gosselin, confiant
« dans l'innocuité des *ponctions aspiratrices*, a
« essayé l'application de ce traitement aux abcès
« chauds du sein. Il y a été poussé par le désir de
« profiter des avantages de l'ouverture spontanée et
« de ceux de l'intervention chirurgicale...

« ... Pour être dans de bonnes conditions, il faut,

« comme le recommandent les docteurs Dieulafoy et
« Libermann :

« 1° Que le pus soit bien collecté ;

« 2° Que la peau ne soit ni trop amincie ni décollée ».

Et il relate sept observations de « ponctions exploratrices d'abcès chauds post-puerpéraux, recueillies toutes dans le service de M. Gosselin, sauf une ». Contrairement à leur attente, trois furent suivies d'érysipèle.

Cette complication, si fréquente, constitue d'ailleurs, on l'a vu, le principal argument de cette école en faveur de l'abstention. Cela est si vrai qu'Herpin ajoute : « Quand il y a déjà une eschare, M. Gosselin ne se fait aucun scrupule de la fendre avec le bistouri, puisqu'il n'ouvre alors ni vaisseaux sanguins, ni lymphatiques, ou au moins très peu ».

La crainte de l'érysipèle nous semble en somme avoir été pour ce chirurgien le point important de sa doctrine et le principe directeur de sa conduite.

D'une façon générale, donc, pendant cette période de notre historique, nous avons rencontré trois méthodes différentes pour le traitement des abcès glandulaires du sein :

L'intervention précoce, recommandée par Chassaignac.

L'incision tardive, adoptée par Nélaton, Velpeau et Trousseau.

L'abstention aboutissant à l'ouverture spontanée, mise en pratique par Moreau, P. Boyer, Tillaux et

Panas, mais surtout défendue par *Gosselin* et son école.

.

La *découverte de l'antisepsie* marque le début d'une ère nouvelle pour la chirurgie.

La méthode générale est trouvée ; graduellement les auteurs en font l'application aux cas particuliers.

Le traitement des abcès du sein bénéficie pour sa part des idées nouvelles, et c'est à Lyon, en 1881, que M. *Besançon* s'attache à démontrer dans sa thèse l'avantage et l'innocuité de l'incision suivie de lavages antiseptiques.

Dès lors la méthode de *l'abstention*, préconisée surtout jusqu'ici dans le but d'éviter les infections consécutives à l'intervention, perd la plus grande partie de sa valeur. *Aussi faut-il l'abandonner.*

C'est l'opinion générale, exposée par *Brindeau* dans le *Traité de l'Art des Accouchements de Tarnier et Budin* : « Si un abcès est constitué, dit-il, on attendra que la fluctuation soit bien nette ; puis on ouvrira la collection pour permettre au pus de s'écouler, au lieu de suivre la conduite de *Gosselin*, qui, par crainte d'érysipèle, laissait l'abcès s'ouvrir spontanément. »

A. *Després* s'exprime à peu près dans les mêmes termes : « Au début, on cherche à prévenir la suppuration par des applications émollientes, les onctions mercurielles belladonnées, une compression méthodique. L'abcès une fois formé, il importe de

« donner issue au pus sans attendre, comme le con-
« seillent certains chirurgiens, qu'il s'ouvre sponta-
« nément. »

C'est aussi l'avis de *Verneuil*. Dans un article paru en 1890, il nous cite un cas où, après avoir fait des *pulvérisations antiseptiques*, il employa la technique suivante : « Lorsque les deux seins furent notable-
« ment dégonflés, je perçus des indurations pro-
« fondes, sensibles au toucher, qui bientôt s'appro-
« chèrent de la surface et devinrent fluctuantes ;
« incisés au nombre de 5, — 2 d'un côté et 3 de l'au-
« tre, — très facilement, très méthodiquement drai-
« nés et injectés, les abcès guérirent dans les délais
« voulus. »

L'incision précoce est par contre très en faveur.
Nous venons de voir que Verneuil et Brindeau l'ont adoptée.

A Lyon, si l'on s'en rapporte aux affirmations de *Piante* dans sa thèse parue en 1885, *M. le professeur Tripier* « est d'avis d'ouvrir tous les abcès du sein,
« quel que soit leur volume, quel que soit leur siège,
« et cela le plus tôt possible, dès qu'on sent la fluc-
« tuation, dès même qu'on la soupçonne. »

Duplay partage cette opinion : « Que faire en pré-
« sence d'une infection mammaire ? se demande-t-il.
« Au début, la compression, les réfrigérants, très
« employés en Allemagne, les topiques résolutifs
« (onguent napolitain) ou calmants (cataplasme anti-
« septique) seront à essayer : mais je n'ai en eux
« qu'une très médiocre confiance. Je suis d'avis d'in-
« ciser dès qu'il y a de la fluctuation. »

Nous retrouvons les mêmes idées dans le *Traité de Chirurgie Clinique et Opératoire* de *Le Dentu* et *Delbet* : « Quand l'abcès est formé, nous disent-ils, « il faut l'ouvrir et évacuer le pus. La temporisation, « préconisée par Gosselin, n'est plus de mise aujourd'hui que la méthode antiseptique triomphe de « l'érysipèle et des complications post-opératoires « jadis si redoutées. *Il faut ouvrir de bonne heure* « au pus « la porte de sortie », *si l'on veut éviter toute* « la série des accidents imputables à la temporisation « excessive (production de décollements étendus et « de fusées purulentes, fistules et souffrances des « malades, eschares de la peau, etc...). Toutefois « d'abondantes pulvérisations antiseptiques seront, « telles que les a recommandées Verneuil, employées « avec avantage pendant la formation du pus. Mais « on ne saurait trop le répéter, il faut agir pour les « abcès du sein comme pour les abcès des régions. « Le danger n'est point d'ouvrir, disent Forgue et « Reclus, mais de n'ouvrir point assez. Aussi bien ne « faut-il pas perdre de vue que les abcès de la glande « mammaire sont ordinairement multiloculaires et « qu'ils communiquent souvent avec d'autres « piers soit glandulaires, soit rétro-glandulaires, par « des trajets plus ou moins étroits. »

Dans le *Traité de Chirurgie* de *Duplay* et *Reclus*, *Delbet* expose la même opinion : « Lorsque le traitement par expression, dit-il, n'a pas été employé ou « qu'il a échoué, quand l'abcès est formé, il faut évacuer le pus. Gosselin, effrayé de la fréquence et de « gravité de l'érysipèle à la suite de l'incision des

« mastites puerpérales, avait érigé la temporisation
« en méthode. Il a soutenu qu'il fallait laisser ces
« abcès s'ouvrir spontanément. Aujourd'hui on ne
« craint plus l'érysipèle, et comme d'autre part la
« temporisation excessive expose à des accidents, à
« des décollements étendus, à des fistules, qu'elle
« prolonge inutilement les douleurs souvent fort
« vives des malades, il faut l'abandonner. »

Tillaux qui, vers 1873, était, d'après Gille, partisan de l'abstention, recommande en 1904 l'incision précoce. Il s'exprime ainsi : « On laisse l'abcès devenir sous-cutané, on laisse *l'abcès en bouton de chemise* se former, et c'est alors qu'on intervient ; on ouvre le foyer superficiel qui se vide, mais le foyer profond persiste, c'est de lui que partent les fistules, c'est lui qui les entretient. Ce n'est pas tout : le foyer profond envahit d'autres lobes, d'autres abcès se forment qui vont évoluer pour leur propre compte, se comporter comme le précédent ; et c'est alors que l'on voit de ces mamelles trouées comme de véritables écumoirs. . . . Aussi, Messieurs, en présence d'un abcès parenchymateux, n'attendez jamais que le pus vienne affleurer la peau ; dès que la fluctuation est manifeste, dès que la fluctuation est perceptible, incisez hardiment, donnez issue au pus : la guérison ne se fera point attendre. »

C'est là d'ailleurs l'opinion générale : *quelques auteurs à peine conseillent l'intervention tardive. Daniel, par exemple, dans sa thèse, inspirée par Depaul, nous semble favorable à cette manière de voir. Après*

avoir constaté que « l'incision hâtive de Chassaignac
« n'a pas de partisans », il nous dit : si le traitement
« prophylactique échoue, *on attendra pour ouvrir*
« *l'abcès que le pus soit bien collecté ; entre les lèvres*
« *de l'incision, que l'on fera petite autant que pos-*
« *sible, on introduira un tube à drainage jusqu'au*
« *fond du foyer purulent.* »

Nous allons revenir dans un instant sur cette méthode. Qu'il nous suffise pour le moment de faire remarquer le peu de faveur dont elle jouit auprès des auteurs. L'on peut même dire, d'une façon générale et sans tenir compte de quelques rares exceptions, que ces derniers, depuis la découverte de l'antisepsie, semblent considérer l'incision précoce comme la seule conduite possible. Pourquoi cette opinion exclusive ? C'est ce que nous essaierons d'expliquer en abordant pour notre compte la discussion du problème.

Nous en avons fini maintenant avec la partie historique de notre étude. On nous pardonnera, nous l'espérons, de l'avoir traitée aussi longuement. Mais il était intéressant de savoir par le détail comment les auteurs, qui s'étaient occupés de la question, l'avaient résolue, et de suivre attentivement l'évolution des idées sur ce point. Au reste, nous aurons à tenir compte des arguments invoqués par eux en faveur de telle ou telle opinion : il était nécessaire, pour cela, de les bien connaître.

CHAPITRE II.

L'Incision Tardive, ses Avantages

L'incision tardive des abcès du sein, on peut s'en convaincre par la lecture des ouvrages récents de chirurgie, ne rencontre à l'heure actuelle qu'un très petit nombre de partisans. Quelle est la raison de cet abandon ? C'est, à notre avis, que *les auteurs n'ont pas assez distingué la simple expectation de la temporisation à outrance, pourtant bien différente. Ils ont vu les dangers de celle-ci, et, sans tenir compte des avantages de la première, ils ont rejeté en bloc les deux méthodes.*

Pour nous, avec le professeur Laroyenne, *sous le nom d'incision tardive, nous n'aurons pas en vue, comme les auteurs de la période préantiseptique, l'ouverture chirurgicale de la collection quelques heures seulement avant le moment où se serait produite son*

évacuation spontanée. Nous appellerons ainsi la conduite qui consiste à attendre que le pus soit bien réuni en foyer et qu'il suffise, pour le vider, d'une petite incision, presque d'une simple ponction avec le bistouri. Mais nous ne prolongeons pas davantage l'expectation.

Ainsi entendue, cette méthode nous paraît être la meilleure ; elle s'appuie sur des arguments qui possèdent encore toute leur valeur, et ses résultats pratiques sont excellents. C'est ce que nous essaierons de démontrer par la comparaison avec les autres règles de conduite.

.

Doit-on inciser les abcès glandulaires circonscrits du sein ?

Quand et comment est-il préférable de le faire ?

Répondre à ces deux questions, avons-nous dit au début de cette étude, c'est résoudre le problème qui nous occupe ; cela nous permettra en même temps d'étudier les différentes méthodes en présence.

Et d'abord faut-il intervenir ?

L'abstention, nous l'avons vu, doit être abandonnée. Basée presque uniquement sur la crainte des complications qui succédaient à l'intervention, elle n'a plus sa raison d'être aujourd'hui.

L'antiseptie, en effet, nous permet maintenant d'échapper à ces dangers, autrefois inévitables. C'est là un fait, constaté il y a déjà longtemps : « Depuis « un certain nombre d'années, disait Piante en 1885,

« que la méthode antiseptique a été acceptée en France
« par quelques chirurgiens d'abord, aujourd'hui
« presque par tous, il est reconnu que les cas d'éry-
« sipèles chirurgicaux ont diminué progressivement,
« et d'autant plus que la méthode antiseptique est
« suivie plus rigoureusement dans les services de
« chirurgie. Nous en pourrions citer, tel que celui de
« notre maître, M. le professeur Tripier, où on ne l'y
« voit plus du tout. »

L'expérience déjà longue de l'antisepsie confirme les faits observés dès cette époque. La méthode s'est encore perfectionnée depuis, et l'érysipèle chirurgical ne présente plus, à l'heure actuelle, qu'un intérêt historique.

Il n'y a donc aucun avantage à attendre l'ouverture spontanée des abcès du sein. Par contre, cette conduite offre certains inconvénients, que nous avons vu signaler par les auteurs, et en particulier dans les ouvrages classiques. On lui reproche tout d'abord de prolonger inutilement les douleurs quelquefois très vives des malades, phénomènes qui cessent après l'évacuation du pus. De plus, l'abstention expose à des décollements étendus, suivis de fistules et d'ulcérations souvent longues et difficiles à guérir. Elle peut encore permettre à la peau de s'amincir au point que la cicatrisation en est considérablement retardée. Enfin, la glande elle-même n'est pas à l'abri des progrès des lésions destructives qui, suivant leur importance, en arrivent, dans une certaine mesure, à compromettre la fonction pour l'avenir.

L'abstention n'est donc plus possible. *L'incision,*

au contraire, pratiquée au moment voulu et conformément aux règles de l'antisepsie, est inoffensive et avantageuse. Son innoçuité a été démontrée par Besançon, dans sa thèse parue à Lyon en 1881. C'est actuellement un fait d'observation courante.

Les avantages qu'elle présente sont nombreux. Elle permet d'éviter les dangers, énumérés plus haut, auxquels l'abstention expose les malades. De plus, après l'incision de l'abcès, les douleurs disparaissent et la température baisse, traduisant ainsi l'atténuation des phénomènes généraux. D'ailleurs, n'est-il pas rationnel d'ouvrir la collection purulente, au lieu de prolonger le séjour du pus dans l'organisme, en attendant son évacuation spontanée.

Pour ces différentes raisons, tout le monde est d'accord, à l'heure actuelle, pour reconnaître la nécessité de l'intervention.

Mais à quel moment et de quelle façon vaut-il mieux inciser ces abcès glandulaires circonscrits du sein ?

Sur ce point, deux méthodes se présentent à notre choix :

L'une, celle de *l'incision précoce*, demande que *l'on intervienne de bonne heure*, « dès qu'il y a de la fluctuation », *et largement* : « Le danger n'est point d'ouvrir, mais de n'ouvrir point assez », disent ses partisans, ainsi que nous l'avons vu au cours de la partie historique de cette étude.

L'autre, celle de *l'intervention tardive*, définie plus haut, attend que le pus soit bien collecté en

foyer et qu'il soit possible d'évacuer cette poche purulente presque par une simple ponction.

Ici trouve place une remarque qui nous semble présenter un certain intérêt. Les adeptes de l'ouverture précoce s'appuient sur la *fluctuation* pour juger si le moment est venu d'inciser. Il faut agir dès qu'elle existe, disent les uns ; dès qu'on la soupçonne, déclarent les autres (signalons en passant ces divergences). Mais *ce signe, très important pour les abcès des autres régions, a-t-il la même valeur quand on a affaire à ceux du sein ?* Nous ne le croyons pas. Il est facile, en effet, de se rendre compte que toute mamelle en lactation, même à l'état normal, est fluctuante ou, du moins, offre à la main qui l'explore une sensation très voisine de la fluctuation. Nous avons examiné à ce point de vue, dans le service de M. le docteur Voron, un certain nombre de nourrices, chez lesquelles nous avons fait cette constatation. L'on comprend, dès lors, que ce signe présente ici des difficultés d'appréciation et expose de la sorte à des erreurs. Loin de nous la pensée de lui enlever toute sa valeur ! Mais l'on doit reconnaître qu'il est peut-être délicat, dans ces conditions, d'en faire, comme le prétendent les adeptes de l'intervention précoce, la base de sa conduite thérapeutique.

Nous signalons la chose en passant et, sans insister outre mesure, nous allons exposer comparativement les avantages que présente, à notre avis, l'incision tardive, telle que nous l'avons définie.

Différents points de vue méritent d'être envisagés.

Il est d'abord un fait, banal si l'on veut, mais d'observation si courante qu'il mérite, pour cette raison même, d'attirer l'attention quand il s'agit des abcès du sein : c'est la *fréquence des récidives après une première intervention*. Vous avez incisé une collection et vous croyez avoir guéri votre malade. Au bout de quelques jours, après un apaisement momentané des phénomènes locaux et généraux, il s'en reforme un autre qu'il faut ouvrir à nouveau, et ainsi de suite. Ces retours offensifs de l'affection, qui se produisent avec une ténacité parfois décourageante, tous les chirurgiens les ont constatés. Pour n'en mentionner qu'un cas, il nous suffira de citer avec Velpeau cette femme chez laquelle il observa cinquante-trois abcès consécutifs, qui nécessitèrent toute une série d'interventions successives.

Ces récidives, nous n'avons pas la prétention de les éviter d'une manière absolue ; mais nous croyons néanmoins qu'elles sont *moins fréquentes avec l'incision tardive*. Les faits sont là pour le démontrer et l'on pourra s'en convaincre par la lecture des observations que nous avons recueillies.

Il est d'ailleurs facile, par le simple raisonnement, d'expliquer ce phénomène. Quelle est, en effet, la pathogénie de ces rechutes ? Deux cas peuvent se présenter.

Dans une première hypothèse, elles sont dues à l'infection primitive. Plusieurs lobules, voisins ou non, ont été atteints en même temps par la voie canaliculaire. Dans chacun se développe un abcès qui évolue séparément, pour son propre compte.

L'on en a incisé un premier, dont la marche a été plus rapide ; plus tardivement un second arrive à maturité, puis un troisième. Il y a, en somme, *formation de plusieurs abcès isolés* (Forgue). Il semble, dans ces conditions, qu'il y ait *avantage à ne point se presser et à attendre que les différents foyers aient terminé leur évolution pour les évacuer simultanément.*

L'incision tardive, sans être parfaite, répond, autant qu'il est possible, à cette indication. Avec l'intervention précoce, au contraire, en se hâtant d'inciser un premier abcès, l'on s'expose à passer à côté des autres, qui sont encore en voie de développement et peuvent échapper à l'examen, même le plus attentif.

Dans le second cas, l'infection est secondaire. Localisée d'abord au lobule où s'était développé le premier processus, elle s'est propagée à l'un de ses voisins, resté indemne jusque-là. Et *c'est le bistouri qu'il faut accuser de cette inoculation.* Or, *l'intervention précoce*, avec ses *larges incisions* à la recherche du pus insuffisamment collecté, ouvre certainement, à travers les parties saines de la glande, des *portes d'entrée* pour les germes infectieux. Elle y crée en même temps des anfractuosités difficiles à drainer et partant bien propres à favoriser le développement d'une récidue.

L'incision tardive, au contraire, réduite en quelque sorte à une simple ponction du tégument, et tombant sur une poche purulente nettement constituée, n'expose pas aux mêmes inconvénients. Il est

facile d'atteindre le pus et d'assurer le drainage, sans produire de lésions des tissus glandulaires. *Tout danger d'inoculation est donc écarté.*

Examinons maintenant la question du traitement des abcès du sein à un nouveau point de vue, de la plus grande importance également : celui de la *durée de la maladie*. Il semblerait qu'en attendant avant d'intervenir l'on retarde par le fait même la guérison. Il n'en est rien. L'évolution, plus ou moins rapide, de l'affection dépend peu de la date plus ou moins précoce de l'intervention. Elle est subordonnée, croyons-nous, à la formation du pus, à sa collection et à son évacuation plus ou moins complète.

Sous ce rapport d'ailleurs, l'incision tardive a fait ses preuves et l'on pourra se rendre compte, d'après nos observations, que les résultats obtenus peuvent souffrir sans inconvénients la comparaison avec les plus beaux succès de l'autre méthode.

Admettons même que, dans certains cas, la guérison se produise quelques jours plus tôt avec l'ouverture précoce, le bel avantage, si cette conduite expose plus facilement, comme nous pensons l'avoir démontré, aux *récidives qui prolongent parfois considérablement la durée de la maladie* !

Dans un autre ordre d'idées, et plus intéressante encore puisqu'elle se rattache au problème, actuellement à l'ordre du jour, de l'allaitement maternel, la question de *l'intégrité de la glande en vue de la lactation* mérite d'être étudiée avec une attention toute particulière.

La méthode de l'*intervention précoce*, nous l'avons vu, *réclame de larges incisions*. Elle produit par suite à travers les tissus, glandulaire ou autres, des *lésions destructives importantes*. Elle sectionne les canaux galactophores, tranche les acini et les lobules, bouleverse le squelette conjonctif du sein, détruit en somme la structure normale de l'organe. La réparation de ces graves désordres ne peut assurément s'opérer sans mettre la mamelle dans un état d'infériorité fonctionnelle relative, qui aura son retentissement lors des allaitements ultérieurs.

De plus, par le mécanisme qui produit selon nous la plupart des *récidives* et que nous avons signalé plus haut, l'*intervention précoce* ouvre des portes d'entrée et transporte l'infection. Elle *inocule les lobules qui avoisinent celui ou ceux atteints tout d'abord* et qui, sans cet ensemencement, auraient échappé au processus destructeur.

L'*incision tardive*, telle que nous l'avons définie, ne produit pas de lésions glandulaires et *réduit au minimum les chances d'inoculation*. Au point de vue fonctionnel, elle donnera donc de bien meilleurs résultats.

Le *côté esthétique* du problème ne saurait non plus être négligé. Sans cependant lui reconnaître une importance exagérée, nous estimons qu'il doit tenir une certaine place dans la discussion. Beaucoup de femmes d'ailleurs, à tort ou à raison, pardonneront difficilement au chirurgien qui n'aura pas assez tenu compte de ce point de vue, et c'est là une considération qui n'échappera pas à un esprit avisé.

Ici encore, notre méthode présente de gros avantages. Réduite en quelque sorte à une ponction superficielle, elle ne laisse après elle que des *traces insignifiantes*.

L'intervention précoce, au contraire, avec ses *larges incisions*, produira des *cicatrices étendues*. De plus, les récidives auxquelles elle prédispose incontestablement, nécessiteront des ouvertures répétées qui se traduiront ultérieurement sur la peau par autant de sillons indélébiles. Enfin la glande elle-même, par suite de cette extension du processus à un nombre plus considérable de ses lobules, s'atrophiera davantage et le sein perdra sa forme et sa consistance normales.

L'incision tardive, à ce point de vue encore, mérite d'être préférée.

Mais, nous dira-t-on, en retardant la date de l'intervention, vous prolongez les *souffrances* très vives des malades.

Il est certain qu'en général l'incision fait cesser presque aussitôt ces douleurs. Cela, nous ne le contesterons pas. Mais n'y a-t-il pas d'autres moyens, sinon de les calmer tout à fait, au moins de les atténuer considérablement? Assurément si, et les médicaments ou les pratiques analgésiques trouveront là leur application naturelle.

Enfin, si pour gagner quelques heures ou même quelques jours, nous exposons la malade à de nouveaux abcès, à une nouvelle période de souffrances, en serons-nous bien plus avancés?

Une autre objection, formulée par Le Dentu et Delbet, par Duplay et Reclus... , c'est la *production de décollements étendus et de fusées purulentes, de fistules et d'escarres de la peau*. Mais, d'après ces auteurs eux-mêmes, ces accidents sont « *imputables à la temporisation excessive* » avec laquelle, nous l'avons fait remarquer, notre méthode ne doit pas être confondue. L'incision tardive, en effet, telle que nous l'avons définie, se bornera à une attente modérée, à l'expectation armée, pour ainsi dire.

Quant aux *abcès en bouton de chemise*, dont parle Tillaux, nous n'attendrons pas non plus leur production. L'on évacuera la collection profonde avant que des décollements de la peau n'aient permis la formation d'un foyer sous-cutané.

Enfin, par un *drainage* consciencieux et des *contre-ouvertures*, si c'est nécessaire, l'on assurera l'écoulement complet du pus au dehors.

Nous allons reproduire ici quelques observations prises dans le service de chirurgie de M. le professeur Vallas et, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, dans celui de M. le professeur agrégé Voron. Ces chirurgiens pensent que l'on a tout avantage à ne pas se presser et à n'inciser les abcès du sein qu'après un certain temps d'expectation. Les résultats pratiques prouvent l'efficacité de cette méthode.

Parmi ces observations, quelques-unes ont été recueillies sur les registres spécialement destinés à cet usage. Nous en avons reconstitué d'autres d'après

de simples feuilles de température : elles seront nécessairement moins complètes. Enfin, l'on ne doit pas perdre de vue que beaucoup de cas, et ce ne sont pas les moins concluants, concernent des malades du dehors, soignées aux consultations gratuites. L'abcès est incisé et, en général, après un ou deux pansements, la guérison est obtenue. Ces résultats, qui, malheureusement, ne sont pas relatés sur les registres, sont très fréquents et leur publication, si elle était possible, serait des plus démonstratives.

Observations

OBSERVATION I.

Abcès du sein d'origine puerpérale.

(Service de M. le professeur Vallas).

F..., 31 ans, ménagère.

Entre le 29 août 1901 : abcès glandulaire siégeant près du mamelon, à la partie antérieure du sein.

30 août : intervention, incision, issue de deux cuillers de pus environ, pansement.

10 septembre : la malade sort.

OBSERVATION II.

Mastite du sein droit.

(Service de M. le professeur Vallas).

Marie R..., 29 ans, ménagère.

Entre le 16 décembre 1903 : abcès rouge, localisé, doulou-

reux, a débuté par des lancées depuis mardi. La malade allaitait depuis deux mois environ. Quelques ganglions dans l'aisselle.

Incision le 17 : deux ouvertures, drainage.

Le 22 décembre : la malade sort ; la suppuration a bien diminué.

OBSERVATION III.

Abcès du sein gauche.

(Service de M. le professeur Vallas).

P... Joséphine, 21 ans, couturière. Nourrice à Sainte-Eugénie.

Entre le 31 décembre 1907.

Il y a quatre jours environ, début par douleurs et engorgement du sein gauche. La malade prend de la fièvre et est envoyée à l'Hôtel-Dieu.

Fluctuation à l'entrée.

Incision le 1^{er} janvier 1908.

Sort le 11 janvier, guérie.

OBSERVATION IV.

Abcès profond du sein gauche.

(Service de M. le professeur Vallas).

D..., Julie Henriette, sans profession.

A eu son dernier enfant en novembre 1907.

Il y a trois semaines, une rougeur diffuse apparut sur la face supérieure du sein de la malade qui, sur les conseils de son médecin, sevrâ immédiatement son enfant. La rougeur disparut, mais le sein continua à grossir sans être très douloureux.

Actuellement le sein gauche est volumineux, gonflé, d'une dureté de bois, surtout à la face supérieure et interne. La peau est rouge, violacée, adhérente aux plans profonds. La tumeur est peu mobile sur les plans musculaires. Il existe des points douloureux surtout marqués à la face interne du sein, où la peau enflammée ne semble pas devoir tarder à s'ulcérer.

Quelques ganglions volumineux dans l'aisselle, douloureux il y a quelques jours, indolores maintenant.

A la palpation : sensation de fluctuation profonde.

Température : 37°8.

Intervention le 20 novembre. Deux incisions : l'une haute, l'autre basse, sur la face interne du sein, par lesquelles on passe un drain.

26 novembre 1908 : part avec un pansement ; reviendra se faire panser.

24 décembre : on revoit la malade au pansement. La suppuration se tarit. On enlève le drain et on le remplace par des crins.

(L'on ne dit pas si la malade est venue régulièrement se faire panser).

OBSERVATION V.

Mastite bilatérale.

(Service de M. le professeur Vallas).

C... Thérèse, 28 ans, ménagère.

Un enfant il y a un mois, qu'elle allaitait. Crevasses aux deux seins. Début au sein droit, il y a trois semaines. Reste depuis localisée à la partie inférieure et externe du sein. La pression fait sourdre du lait par le mamelon. A la partie supérieure de la tuméfaction existe une fistule spontanée, qui donne issue à du lait.

A gauche, début il y a trois semaines : douleurs très violentes. Actuellement, sein énorme, rouge, douloureux, très dur. Toute la glande est envahie. A été incisé par le docteur près du mamelon : pus.

Pas de ganglions ni à droite, ni à gauche. Température : 38°5.

15 janvier 1909, intervention : à *gauche*, grande incision inférieure. Destruction des acini avec le doigt. Abscès parenchymateux. Contre-ouverture et drain. A *droite* : incision inférieure ; pus logé dans une cavité assez nette. On laisse une mèche. Pansement.

9 février : Depuis plusieurs jours la température s'est élevée et atteint 39°5, 40°. On trouve un abcès superficiel au niveau du bord inférieur du sein gauche.

Incision et destruction de multiples abcès aréolaires avec le doigt. Grosse quantité de pus.

12 mars : La malade part guérie.

L'abcès du sein gauche, incisé par un médecin avant l'entrée de la malade à l'hôpital, a nécessité dans le service une nouvelle incision, étendue. Trois semaines après, récidives multiples et nouvelles ouvertures.

Celui du côté droit, au contraire, dont le pus était, au moment de l'intervention, « logé dans une cavité assez nette », guérit sans incidents.

La comparaison des deux méthodes, appliquées ici chez la même malade, est, on l'avouera, une excellente démonstration des avantages de l'incision tardive.

OBSERVATION VI.

Mastite aiguë post-puerpérale.

(Service de M. le professeur Vallas).

R... Francine, 20 ans, domestique.

Accouchement normal il y a deux mois. Aucune complication. Peu à peu le sein devint douloureux et l'on sentit un noyau dur, qui augmenta peu à peu de volume.

Actuellement, le sein est gros, rouge, nettement augmenté de volume et l'on sent à l'intérieur de la glande une tuméfaction uniforme.

Ganglions assez gros et douloureux dans l'aisselle.

2 avril : incision.

9 avril : La malade part chez elle ; elle doit revenir se faire panser.

OBSERVATION VII.

Mastite chronique. — Abscess glandulaire.

(Service de M. le professeur Vallas).

B... Marie, 21 ans, chiffonnière.

1^{er} séjour : du 3 au 9 mai 1910. — Mastite chronique. — Tuberculose pulmonaire.

2^e séjour : entrée le 17 mai 1910. — Abscess glandulaire.

La malade revient avec un peu de température 38°2-38°5.
Son abcès est tendu et douloureux.
On l'incise le 18 mai. Incision verticale sous le mamelon.
Départ le 4 juin 1910 : guérison.

OBSERVATION VIII.

Abcès du sein.

(Service de M. le professeur Vallas).

C... Julie, épouse R..., ménagère.

Entre le 28 février 1911.

Eczéma du sein depuis juillet 1910. Début de l'affection remonte à un mois. La malade allaite un enfant né en décembre 1910. Volumineux abcès du sein droit : masse indurée, adhérente à la peau, rouge, chaude, douloureuse.

Fluctuation très superficielle au-dessus du mamelon.

Pas de ganglions. Température : 38°5.

3 incisions radiées le 1^{er} mars 1911.

Malade sort le 18 mars 1911.

OBSERVATION IX.

Deux abcès successifs des deux seins.

(Service de M. le professeur agrégé Voron).

M... P..., femme S..., 22 ans.

Accouchée le 22 décembre 1906.

Le 10 janvier 1907, au soir, température 38°5. — Abscès du sein droit.

Le 13, incision, drainage.

Le 25, température vespérale : 38°6. — Abscès du sein gauche.

Le 1^{er} février, incision, drainage.

La malade sort le 25 février, guérie.

OBSERVATION X.

Abscès du Sein.

(Service de M. le professeur agrégé Voron).

Nourrice F..., entrée le 18 mars 1907.

Le 24 : abcès du sein. — Le 30, incision, drainage.

Sort le 21 avril.

OBSERVATION XI.

Abscès du Sein gauche.

(Service de M. le professeur agrégé Voron).

Marguerite B..., femme B...

Accouchement le 19 janvier 1907. — Le 31 : abcès du sein gauche.

Le 5 février : incision, drainage.

La malade sort le 21 février.

OBSERVATION XII.

Abcès du Sein.

(Service de M. le professeur agrégé Voron).

M..., entre le 28 mai 1907, pour abcès au sein. — Température 38°.

Le 2 juin : ouverture de l'abcès, drainage.

La malade sort le 1^{er} juillet.

OBSERVATION XIII.

Abcès du Sein.

(Service de M. le Professeur agrégé Voron).

Elisa D..., femme G..., 31 ans.

Accouchée le 18 août 1910. — Le 29 août, abcès du sein.

Le 4 septembre : incision, drainage.

La malade sort le 21 septembre 1910.

CONCLUSIONS

Les abcès du sein qui surviennent pendant la lactation sont, en général, glandulaires.

Au point de vue historique :

1° *Jusqu'en 1840*, on ne distingue pas, pour le traitement, les abcès glandulaires des autres variétés.

Au XVIII^e siècle, deux écoles seulement : celle de l'intervention (Mauriceau), et celle de l'abstention (Levret).

Au commencement du XIX^e siècle, s'esquisse une autre méthode : celle de l'incision tardive.

2° *Vers 1840*, Nélaton et Velpeau établissent une classification : le traitement des abcès parenchymateux ou glandulaires est spécialement étudié.

Période préantiseptique : l'incision tardive a pour partisans Velpeau, Nélaton, Trousseau, Laroyenne.

Chassaingnac recommande l'intervention d'emblée.

L'abstention est préconisée surtout par Gosselin et son école (crainte d'érysipèle).

Avec l'antisepsie : l'abstention disparaît.

L'incision précoce semble réunir la majorité des auteurs.

Actuellement : L'abstention doit être abandonnée (antisepsie).

Deux méthodes se présentent à notre choix :

1° L'intervention précoce, « dès que la fluctuation est perceptible, dès même qu'on la soupçonne » ;

2° L'incision tardive, modifiée, qui consiste à attendre que le pus soit réuni en foyer et qu'il soit possible de l'évacuer par une petite incision, presque par une simple ponction (Laroyenne).

Ainsi entendue, elle nous paraît préférable à l'intervention précoce :

Les récidives, qui augmentent parfois considérablement la durée de la maladie, sont moins fréquentes.

L'incision tardive ménage l'intégrité de la glande pour les allaitements futurs.

Au point de vue esthétique, elle est préférable (petites incisions).

Les accidents qu'on objecte sont imputables à la « temporisation excessive » et non à l'expectation modérée.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VALLAS.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 18 Juillet 1911.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

VELPEAU. — Leçons orales de Clinique chirurgicale (Paris, 1841),
tome II.

Traité des maladies du sein, 1858, p. 99.

MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses et de
celles qui sont accouchées, 7^e édition, 1740.

LEVRET. — Art des accouchements démontré par les principes
de physique et de mécanique (Paris, 1766), p. 184.

HÉVIN. — Cours de pathologie et de thérapeutique chirurgicales,
1785.

J.-L. PETIT. — Traité des maladies chirurgicales, 1774.

A. PETIT. — Traité des maladies des femmes enceintes, 1806.

SABATIER. — De la médecine opératoire. 2^e édition, Paris, 1810,
tome II.

CAPURON. — Traité des maladies des femmes. Paris, 1812.

GARDIEN. — Traité complet d'accouchements et des maladies des
filles et des enfants, 1816, tome III.

BOYER (Baron). — Traité des maladies chirurgicales et des opé-
rations qui leur conviennent. Paris, 1814-1826, tome VII.
Revu par Boyer, 1844.

S. COOPER. — *Dictionnaire de chirurgie pratique*, 1832.

A. COOPER. — Œuvres chirurgicales. Traduct. de Chassaignac et
Richelot. Paris, 1838.

- MÉRAT. — Article Mastite du Dictionnaire en 21 volumes (1826).
HILDEBRANDT. — Cité par les auteurs du Compendium (1845).
DUPUYTREN. — Leçons orales de Clinique chirurgicale.
NÉLATON. — Thèse de concours, 1839.
 Éléments de Pathologie chirurgicale, 1^{re} édition, 1844-1858;
 2^e édition, 1869-1884, revus par Armand Desprès.
TROUSSEAU et CONTOUR. — *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, février 1841.
LAROYENNE. — Compte-rendu de la Société des Sciences Médicales, 1868 : Traitement chirurgical des abcès du sein.
CHASSAIGNAC. — Mémoire sur le Traitement chirurgical des abcès du sein (*Gazette Médicale de Paris*, 1855).
GOSSELIN. — Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, 3^e édit., 1879, t. II.
BAILLEUL. — Thèse de Paris, 1878.
GILLE. — Thèse de Paris, 1873.
BRIOT. — Thèse de Paris, 1876.
HERPIN. — Thèse de Paris, 1876.
BESANÇON. — Thèse de Lyon, 1881.
TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements, t. IV.
VERNEUIL. — Des pulvérisations antiseptiques dans diverses affections de la mamelle (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, Paris, 1890).
PIANTE. — Thèse de Lyon, 1885.
DUPLAY. — *Progrès Médical*, 14 novembre 1891.
LE DENTU et DELBET. — Traité de Chirurgie clinique et opératoire, tome VII.
DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie, 1898, tome V.
TILLAUX. — Abcès chauds du sein (*Presse Médicale*, 30 juillet 1904).
DANIEL. — Thèse de Paris, 1883.
GEORGHIU. — Galactophorite double généralisée (*L'Obstétrique*, 1898).
DURAND. — Mastite puerpérale de gravité exceptionnelle, ablation du sein (*Lyon Médical*, 1907).
AILLET. — Thèse de Paris, 1909.

